

Nach zwei Jahren Psychotherapeutengesetz: In Kürze vor dem berufspolitischen Scherbenhaufen?

Zurhorst, Günter

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zurhorst, G. (2000). Nach zwei Jahren Psychotherapeutengesetz: In Kürze vor dem berufspolitischen Scherbenhaufen? *Journal für Psychologie*, 8(4), 17-26. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-28469>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Nach zwei Jahren Psychotherapeutengesetz: In Kürze vor dem berufspolitischen Scherbenhaufen?

Günter Zurhorst

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der aktuellen berufspolitischen Situation der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden zentrale berufs- und sozialrechtliche Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kritisch beleuchtet. Insbesondere geht es dabei um öffentliche Behauptungen wie die einer angeblichen »psychotherapeutischen Überversorgung« der Bevölkerung, der »mangelnden Qualifikation« der bisherigen Kostenersatzpsychotherapeuten, der rechtlichen Bindung des Psychotherapeutenberufs an »wissenschaftlich anerkannte Verfahren« und der angeblichen »Zweitrangigkeit« der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

DIE BERUFSPOLITISCHE »GROBWETTERLAGE«

Man stelle sich folgendes Szenario eines berufspolitischen Planspieles vor:

Die »Psychos« wollen seit vielen Jahren in das gelobte Land der »Medicos«, weil sie woanders ihren Beruf nicht ausüben dürfen. Letzteres haben die »Medicos« durch gerichtliche Klage erzwungen. Von »wollen« kann bei den »Psychos« eigentlich keine Rede sein, aber der politisch mächtige »Seeho« droht zusammen mit den »Medicos«, daß es sonst keinerlei berufliche Absicherung gäbe. Die »Psychos« trollen sich und stimmen einem Absicherungsvertrag zu. Die Tinte ist noch nicht trocken, da verkünden die »Medicos«, daß sie die »Psychos« gar nicht haben wollen, weil die ihnen Arbeit und Geld wegnehmen würden und überhaupt ganz andere, zumeist ungebildete Typen seien. Die »Psychos« müssen sich jetzt mächtig krummlegen, daß sie angesichts dieser massiven Ablehnung die immer härter werdenden Aufnahmekriterien der »Medicos« erfüllen. Viele bleiben

auf der Strecke, indem sie sich auch untereinander spalten in angeblich gebildete und ungebildete und sich deswegen hemmungslos bekämpfen. Das freut die »Medicos« mächtig. Kaum haben es eine Reihe von »Psychos« geschafft, in das gelobte Medicoland zu kommen, verkünden die »Medicos«, daß für die »Psychos« gar kein Geld da sei. Schuld habe der mächtige »Seeho« und seine Nachfolgerin »Fischero«, die sich beim Budget einfach verrechnet haben. Und Schuld hätten auch die fetten Geldsäcke der »Versicheros«, die sich einfach weigerten, mehr herauszurücken. Die »Psychos« begehren auf und bekommen durch ein hohes Gericht Recht. Das interessiert die »Medicos« und »Versicheros« wenig, sie zahlen einfach nicht. Zudem wird bald darauf von dem Wissens-Herold »Schwartzo« verkündet, daß demnächst die Arbeit der »Psychos« wieder aus dem Pflicht-Leistungskatalog der »Medicos« gestrichen werde und daß somit alle Anstrengung umsonst war.

So oder strukturell ähnlich stellt sich zurzeit die berufspolitische Großwetterlage der Psychotherapeuten in Deutschland dar. Im Klartext: Nachdem die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in berufs- wie sozialrechtlicher Hinsicht mittels vieler Akte der Unterwerfung unter die ärztliche Standesmacht in die allseits ungeliebte »Integration« in das kassenärztliche Versorgungssystem gezwungen worden sind, verkündet der Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Hess, daß infolge fehlerhafter Budgetierungspolitik des Bundesgesundheitsministeriums die »Integration« scheitern werde (zuletzt wieder geäußert am 4.4.2000 auf dem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

in Berlin) und der Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Dr. med. Friedrich W. Schwartz, macht öffentlich den Vorschlag, »Leistungen der ambulanten Erwachsenen-Psychotherapie ebenso wie Lifestyle-Arzneimittel, soweit sie nicht Behandlungsbestandteil schwerwiegender psychiatrischer oder körperlicher Erkrankungen sind« (zitiert nach Ärzte-Zeitung Nr. 77 vom 27.4.2000), nur noch als Wahlleistungen zu versichern.

Letzteres könnte heißen: Soweit Psychotherapie im Rahmen ärztlicher Behandlung notwendig ist, wird sie Pflichtleistung der Kassen bleiben, ansonsten nicht. Konsequenz gehen die bisherigen (in Anlehnung an die DDR-Tradition benannten) »Fachärzte für psychotherapeutische Medizin« dazu über, ihre bisherige Gebietsbezeichnung medizinisch neu zu trimmen in: »Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«. Alle anderen Psychotherapeuten sollen dann im Wege der Kostenerstattung freiwillig versicherte Patienten behandeln.

Damit wäre die von den Ärzten damals (in den 80er Jahren) massiv bekämpfte Ausgangssituation - mit nun noch weiteren erheblichen Verschlechterungen für die ehemaligen Delegationspsychologen - wiederhergestellt, bloß daß nichts mehr bekämpft würde, weil die Ärzte (und ärztlichen Psychotherapeuten) bei den GKV-Pflichtleistungen unter sich bleiben können (rund 90 % aller Versicherten sind GKV-Mitglieder). Gesundheitspolitisch hätte dies allerdings verheerende Folgen, weil die Scherenbildung zwischen armen und reichen Patienten um eine erneute bzw. erweiterte Stufenleiter verschärft würde. Manche Berufsverbandsvertreter der Psychologischen Psychotherapeuten scheint dies wenig zu stören, sie bewegen sich schon jetzt entlang der alten FDP-Vorstellungen von Zuzahlungssystemen für Psychotherapie (z.B. Hans-Jochen Weidhaas, Bundesvorsitzender der Kassen-

psychotherapeutischen Vereinigung). Andere berufspolitische Organisationen, wie z.B. die »Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände« setzen zu recht die Stärkung des Solidaritätsprinzips der GKV mahndend an die erste Stelle ihres gesundheitspolitischen Programmes (Allianz 2000).

Daß auch die Ärzteschaft selber in ruinöse Kämpfe mit der Gesundheitspolitik und den Kassen verstrickt ist (Hausärzte vs. Fachärzte, »Einkaufsmodell« der Krankenkassen, Auflösung der KVen oder »Medi-Verbund« etc.) soll hier nicht unerwähnt bleiben, jedoch nicht weiter dargestellt werden. Es dürfte völlig klar sein, daß auch die ärztliche Psychotherapie von den anderen Arztgruppen finanziell heftig attackiert (werden) wird.

Angesichts dieser Szenerie kann nur schwer der Eindruck von der Hand gewiesen werden, daß entgegen der Intention des PsychThG ein berufspolitisch motivierter Ausgrenzungs- und Existenzvernichtungskampf inszeniert wird, und dies in einem komplexen Zusammenspiel von Ärzteschaft, Krankenkassen und Gesundheitspolitik. Denn alle drei sind sich offensichtlich einig, daß der Psychotherapiemarkt einer »Reinigung« bedürfe, weil es ein stark nachfrage- und damit kosteninduzierendes Überangebot an Psychotherapeuten gäbe. Die Leidtragenden dieses Kampfes sind aber vor allem die Patienten, die einer immer schlechteren Versorgung entgegengehen und ins pharmakologische und apparative Medizinsystem der Ärzte gedrückt werden (sollen). Z. B. hatte die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer im letzten Jahr mit Unterstützung der KVen allen Hausärzten, Psychiatern und Neurologen »Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen« zugesandt und darin aufgefordert, vorzugsweise pharmakologische Therapien anzuwenden. Im Folgenden sollen einige der in diesem Kampf ständig benutzen berufspolitischen

»Argumente« kritisch geprüft sowie zentrale Diskussionspunkte der berufspolitischen Auswirkung des PsychThG auf die »nicht-ärztlichen« Professionen untersucht werden.

DIE BEHAUPTUNG VON DER »ÜBERVORSOR- GUNG« MIT PSYCHOTHERAPEUTISCHEN LEISTUN- GEN

Da die KV-Berlin schon 1998 im Zusammen- hang mit der Umsetzung des PsychThG massiv gegen die angebliche Überversorgung öffentlich zu Felde zog und die 2. Vorsitzende der KV, Dr. med. Rita Kiel- horn, die These von Berlin als »Hauptstadt der Psychotherapie« (Kielhorn 1998, S. 11 ff.) propagierte, scheint es angebracht, gerade für diese Stadt die Versorgungslage kurz genauer zu untersuchen.

Nach Berliner KV-Unterlagen waren im September 1998 insgesamt 1649 Psycho- therapeuten in der KV zugelassen. Davon waren 516 ärztliche Psychotherapeuten und 1133 psychologische Delegationpsy- chotherapeuten und Psychagogen (= analy- tische Kinder- und Jugendlichenpsychothe- rapeuten). Gleichzeitig waren ca. 1200 Psy- chotherapeuten im Kostenerstattungsver- fahren außerhalb der KV tätig. Insgesamt waren also 2849 Psychotherapeuten in Berlin vor der »Integration« kassenfinan- ziert.

Zurzeit (Stand August 2000) sind in der KV ca. 600 ärztliche Psychotherapeuten und 1100 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychothera- peuten zugelassen bzw. ermächtigt, insge- samt also 1700. Weitere 500 Psychothera- peuten befinden sich noch im Wider- spruchsverfahren bzw. beim Sozialgericht aufgrund der Ablehnung durch die KV. (Psy- chotherapeuten im Kostenerstattungsver- fahren sind durch das PsychThG tendenziell weggefallen. Daneben gibt es in Berlin eine große Anzahl von approbierten Psychothe- rapeuten, die von den Bezirksämtern

bezahlte Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) durchführen).

Fazit: Wurden 1998 noch 2849 Psychothe- rapeuten von den Krankenkassen bezahlt, so sind es heute nur noch 1700. Wieviele von den 500 durchkommen werden, ist nicht abzusehen. Keinesfalls wird aber in Berlin der Versorgungsstand von 1998 erreicht werden! (Zum Vergleich: Nach KBV-Angaben hat sich im gesamten Bun- desgebiet die Zahl der Psychotherapeutisch tätigen Ärzte 1998 gegenüber 1997 um 15,3% und von 1999 gegenüber 1998 um 20,4% erhöht! Allein die Gruppe der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie weist 1998 gegenüber 1997 eine Steigerungsrate von 80,3% und die Gruppe der Ärzte für Psychotherapeutische Medizin um 72,5% aus! Diese Zahlen belegen eindrücklich, durch welche Gruppen eine Ausweitung der psychotherapeutischen Leistungen stattgefunden hat und daß alle Behauptun- gen von einer drohenden »Psychotherapeu- tenschwemme« durch »Kostenerstatter« ins Reich der Märchen verwiesen werden müssen).

Wie sieht es nun mit der Sperrung von Planungsbereichen für die Zulassung von Psychotherapeuten in der »Hauptstadt der Psychotherapie« aus? Zurzeit sind nach KV- Angaben von 23 Berliner Planungsberei- chen lediglich 10 gesperrt! Dazu muß kurz erläutert werden, daß die sog. Bedarfspla- nung im Rahmen des kassenärztlichen Ver- sorgungssystems nicht geeignet ist, den realen Versorgungsgrad der Bevölkerung auch nur annähernd zu erfassen, da hier nicht etwa von wissenschaftlich erforscht- en epidemiologischen Grundlagen, son- dern ausschließlich von der Zahl der bereits vorhandenen Behandler pro Bevölkerungs- zahl (unterschieden nach sog. Raumglie- derungskategorien) ausgegangen wird. Diese Ist-Zahl wird zu einem gesetzten Zeitpunkt zum Soll deklariert, und an diesem definito- risch gesetzten Soll wird die Zu- oder Ab-

nahme der Behandler als »Versorgungsgrad« gemessen. Für Berlin bedeutet dies z. B. praktisch, daß es extreme Unterschiede in den Planungsbereichen geben kann: die Spanne reicht von 400% Überversorgung bis zur Unterversorgung bei 70% (ab 110% gilt Überversorgung). Doch sagt dies alles nichts über die reale Versorgung aus, da ja nicht vom erforschten Psychotherapiebedarf der Bevölkerung ausgegangen wird, sondern von einer definitorisch gesetzten Behandlerzahl (s. auch den Beitrag von Löcherbach und Weber in diesem Heft).

Hinzu kommt eine besondere Spezialität dieser Art von KV-Bedarfsplanung. Nach gültigem Sozialrecht bilden die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen mit den ärztlichen Psychotherapeuten eine einzige Arztgruppe. Es wird also nicht unterschieden zwischen Erwachsenen- und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie«bedarf«. Die Konsequenz ist, daß die allseits bekannte und überall nachzulesende horrende Unterversorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der offiziellen Statistik der KV gar nicht erscheint. Planungsbereiche werden folglich gesperrt, obwohl die massive Unterversorgung weiterbesteht. Ein Ausweg wäre, daß die KV einen Sonderbedarf feststellt. Dieser müßte nach Meinung der KBV und des dortigen Bedarfsplanungsausschusses aber erst einmal zahlenmäßig bewiesen werden!

Aus alldem ist ersichtlich: Selbst in der »Hauptstadt der Psychotherapie« kann von einer nennenswerten Überversorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie keine Rede sein. Offensichtlich speisen sich die hartnäckigen gegenteiligen Behauptungen aus anderen Ängsten.

Zu nennen ist hier in erster Linie die dramatische Verschlechterung der Einkommenssituation der niedergelassenen Psychotherapeuten. Diese kann jedoch nicht - wie dar-

gestellt - auf die neu in die kassenärztliche Versorgung hineingekommenen Psychotherapeuten (Kostenerstatter) zurückgeführt werden. Denn erstens sind heute weniger kassenfinanzierte Behandler als 1998 vorhanden und zweitens mußte das Honorar, das die »Erstattungspsychotherapeuten« früher von den Krankenkassen erhalten haben und das - versehen mit viel Neid - in der Regel im Stundensatz erheblich höher lag als im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, von den Kassen nun in die KV eingestellt werden, so daß nur eine Verschiebung der Geldströme stattgefunden hat.

Woher kommen dann aber diese plötzliche Geldknappheit und der dramatische Punktwerteverfall? (Ein Extremfall: Die IKK zahlte einem Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein für das 4. Quartal 1999 nur noch 14,5 Pfennige pro 50-minütiger Psychotherapiesitzung!) Die Antwort lautet, wie oben schon angedeutet: Das »Praxissterben« in der Psychotherapie ist wegen angeblicher »Überversorgung« gesundheitspolitisch gewollt, so daß die Kassen keine Veranlassung sehen, ihre Mittel entsprechend des real vorhandenen und zunehmenden Psychotherapiebedarfs der Bevölkerung und der damit einhergehenden Mengenausweitung der angeforderten Punkte für psychotherapeutische Leistungen anzuheben. Sie erhalten dafür massive Rückendeckung durch das Bundesministerium für Gesundheit (»Kostendämpfung«, »Beitragssatzstabilität«, »Budgetierung« etc.).

DIE BEHAUPTUNG VON DER »MANGELNDEN QUALIFIKATION« DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN

Die KVen (und vor allem ihre Abteilungen für Qualitätssicherung) haben bei ihren Ausgrenzungskämpfen stets behauptet, daß das Gros der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten trotz Approbation nicht qualifiziert sei und deswegen keinen Zu-

gang zu den Kassenleistungen erhalten dürfen. Die Vorwürfe einiger KVen gehen sogar soweit, den integrationswilligen Psychotherapeuten generell Betrugsabsichten bei ihren Qualifikationsbescheinigungen zu unterstellen. Als Meßlatte für die Qualifikation werden von den KVen immer wieder die Psychotherapierichtlinien/-vereinbarungen und selbstgesetzte KBV-Kriterien (insbesondere das »3-Jahres-Zeitfenster«, Gültigkeit von Ausbildungsbescheinigungen nur durch KBV-anerkannte Institute und KBV-anerkannte Supervisoren etc.) angelegt.

Dazu muß zunächst festgestellt werden, daß dieses Vorgehen schlicht gesetzeswidrig ist. Das Gesetz verbietet ausdrücklich, einen Zusammenhang von Versorgungsgrad und Zulassung herzustellen: Wer entsprechend den Vorgaben des Gesetzes (und nicht irgendwelcher KBV-Kriterien) qualifiziert ist, muß auch zugelassen werden, völlig unabhängig davon, ob in einem Planungsbereich ein Versorgungsgrad von 100% oder 500% herrscht. Denn anders ist die Integration nicht machbar.

Des weiteren ist festzuhalten, daß dem Gesetzgeber sehr wohl bekannt war, daß ein großer Teil der Psychologischen Psychotherapeuten, die ihre Approbation auch aufgrund anderer als der drei bestehenden Richtlinienverfahren erwerben konnten und auch erworben haben, keine voll ausgebildeten Psychotherapeuten in einem der drei Richtlinienverfahren sein können. Wäre es anders, hätte es des Gesetzes gar nicht bedurft. Es ist daher völlig unsinnig, von den Antragstellern zu fordern, sie hätten gefälligst dieselben Ausbildungsgänge wie die Richtlinienpsychotherapeuten mit den entsprechenden Institutsbescheinigungen vorzuweisen.

Zugleich trifft aber auch zu, daß sozialrechtlich zurzeit nur die drei Richtlinienverfahren anerkannt sind und eine Gewähr dafür bestehen muß, daß die zuzulassenden

Psychotherapeuten auch in diesen Verfahren arbeiten (können).

Deswegen hat der Gesetzgeber Minimal-kriterien für die Qualifikation festgelegt, die notwendigerweise unterhalb der Vollausbildung eines Richtlinienpsychotherapeuten liegen müssen. Diesen gesetzlichen Sachverhalt zum Anlaß zu nehmen und zu behaupten, die Antragsteller seien - bis auf die Delegationspsychotherapeuten - nicht qualifiziert und gehörten nicht in das »qualitätsorientierte« kassenärztliche Versorgungssystem, ist mit den Intentionen des Gesetzes nicht vereinbar.

Dieses Argument ist auch deswegen unzutreffend, weil im Bereich der Verhaltenstherapie viele Psychotherapeuten ihre gleichen Ausbildung an anderen als KBV-anerkannten VT-Instituten absolviert haben, die häufig die gleichen vergleichbare Qualitätsstandards aufweisen. Und was die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angeht, die überwiegend von Ärzten betrieben wird, so muß festgehalten werden, daß es keine geregelte Ausbildung in diesem Bereich gegeben hat und gibt und daß die psychologisch-psychotherapeutischen Antragsteller für dieses Verfahren bestimmt nicht weniger psychotherapeutische Kompetenz als die in Schnellkursen (in Lindau, Langeoog und sonstwo) ausgebildeten Ärzte mitbringen. Dies deswegen, weil viele Antragsteller zusätzlich über eine Vollausbildung in einem der Tiefenpsychologie benachbarten Verfahren verfügen.

DIE BEHAUPTUNG VON DEN »WISSENSCHAFTLICH ANERKANNTEN« VERFAHREN

Eine besonders schwerwiegende berufspolitische Bedeutung kommt der sog. Wissenschaftsklausel des PsychThG zu. Diese Klausel bedeutet, daß die Ausübung der psychotherapeutischen Heilkunde an »wissenschaftlich anerkannte« Verfahren gebunden ist. Ein Psychotherapieverfahren, das diese Anerkennung nicht besitzt, darf bei Strafe nicht ausgeübt und consequen-

terweise an den Hochschulen auch nicht (mehr) beforscht werden. In diesem Zusammenhang ist von ärztlichen und psychologischen Vertretern der Richtlinienverfahren immer wieder behauptet worden, allein die drei existierenden Richtlinienverfahren (Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) seien zweifelsfrei wissenschaftlich anerkannt und bedürften keiner weiteren Prüfung. Diesen Standpunkt haben sich die für die Approbation zuständigen Landesbehörden schon früh zu eigen gemacht, dann aber auch weitere Psychotherapieverfahren - besonders die Gesprächspsychotherapie - als »wissenschaftlich anerkannt« im Rahmen der Approbation zugelassen.

Die Entscheidung darüber, ob ein Verfahren als »wissenschaftlich anerkannt« zu betrachten ist, obliegt also den zuständigen Landesbehörden, die sich von einem eigens dafür eingerichteten Wissenschaftlichen Beirat beraten lassen können. Der Wissenschaftliche Beirat, der bei der Bundesärztekammer angesiedelt ist, besteht paritätisch aus Verbandsvertretern der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Wichtig ist allerdings, daß die Entscheidungen des Beirates, die von den Ländern in der Regel übernommen werden, nur für die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten rechtlich bindend sind, nicht jedoch für die ärztlichen Psychotherapeuten, deren Aus- oder Weiterbildung allein Angelegenheit der Landesärztekammern ist.

Praxis des Wissenschaftlichen Beirates ist es nun, eigene Kriterien dafür entwickelt zu haben, was »Wissenschaftlichkeit« heißt. Und hier war es eine überwältigende Mehrheit im Beirat, die das Kriterium der »Laborwirksamkeit« zum Dreh- und Angelpunkt der Anerkennung erwählt hat, ein Kriterium, das dem Wissenschaftsverständnis der

Verhaltenstheorie sehr nahe steht. Das Vorgehen, prinzipiell nur Psychotherapiestudien als wissenschaftlich anzuerkennen, die sich einer reduktionistischen Labor-Wirksamkeit (efficacy) beugen, übernimmt unreflektiert methodische Standards (angeblicher Objektivität, Homogenität, Genauigkeit, Kausalität etc.) einer gegenstandsunangemessenen wissenschaftlichen Forschung in der Psychologie. Diese Methodologie erfordert letztlich nach Zufallsprinzipien ausgewählte standardisierte Psychotherapeuten, die an selektierten Patientstichproben streng manualisierte Psychotherapietechniken wie Medikamente verabreichen. Sie kann allenfalls für die Pharmaforschung taugen, jedoch nur sehr eingeschränkt für die Psychotherapie.

Entscheidend für eine Beurteilung von Psychotherapieverfahren ist demgegenüber das Kriterium der »ökologischen Validität«: Klinische Brauchbarkeit und Bewährtheit (effectiveness) als Prüfsteine sind viel bedeutsamer und gegenstandsangemessener für die Psychotherapie als deren Taylorisierung mittels wenig ergiebiger Detailforschung. Der Kardinalfehler kontrollierter und randomisierter Psychotherapiestudien besteht genau darin, daß die Bedingungen psychotherapeutischer Praxis bis zur Unkenntlichkeit verändert werden (Legewie 2000).

Folge der charakterisierten methodologischen Voreingenommenheiten, die primär numerische und kaum sprachlich vermittelte Daten zulassen, ist, daß die Vielfalt der Psychotherapieverfahren so reduziert wird, daß zukünftig nur noch verhaltensnahe bzw. verhaltensmedizinische Verfahren zum Zuge kommen. Vorausgesetzt wird dabei ein Einheitspatient, der mit Einheitsmethoden behandelt werden soll. Diese Vorgehensweise widerspricht nicht nur der Pluralität wissenschaftlicher Traditionen in der Psychotherapie, sondern auch dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten. Da es

nicht zulässig ist, Psychotherapie mit der Verabreichung von Medikamenten gleichzusetzen, muß jeder Patient die Möglichkeit haben, für sich dasjenige Psychotherapieverfahren auszuwählen, das im Rahmen unterschiedlicher wissenschaftlicher Legitimierungen ihm selbst als zuträglich erscheint. Nichts wäre gefährlicher, als daß Psychotherapieverfahren, die sich ausschließlich an der somatischen Medizin orientieren, die Alleinherrschaft auf dem Psychotherapiemarkt eroberten. Das hätte kompensatorisch eine unkontrollierbare Wucherung wissenschaftlich höchst fragwürdiger esoterischer Psychotherapie-Zirkel zur Folge.

Die einseitige Wissenschaftsauffassung des Beirates führte denn auch konsequent zu Verboten bei der therapeutischen Berufsausübung: Der Familientherapie wurde die Anerkennung als »wissenschaftlich« vollständig versagt, die Gesprächspsychotherapie darf (noch) nicht als Ausbildungsverfahren in der vertieften Ausbildung etabliert werden, weil sie nur in drei statt in vier Anwendungsbereichen anerkannt worden ist, und die Neuropsychologische »Psychotherapie« hat lediglich in einem Anwendungsbereich Anerkennung gefunden. Nach dieser Spruchpraxis ist klar, daß kein einziges der sonst noch existierenden Psychotherapieverfahren Aussicht auf Anerkennung hat. Es ist damit zu rechnen, daß demnächst auch die Psychoanalyse - wider allen vorherigen Absprachen mit den Landesbehörden? - auf den Prüfstand gerät, obwohl die Vertreter der Psychoanalyse im Beirat aus durchsichtigen closed-shop-Gründen das Kriterium der »Laborwirksamkeit« mitunterstützt haben. Der Triumph der Verhaltenstherapie scheint unaufhaltsam. Die Schäden, die damit in der deutschen Psychotherapielandschaft angerichtet werden, sind immens. Aus berufspolitischer Sicht ist hier mehreres anzumerken. Zum einen ist es ein Vorgang ohne Beispiel, daß die Berufsgruppe der Ärzte der Berufs-

gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten Auflagen über deren anzuwendende Psychotherapieverfahren machen kann, ohne selbst daran gebunden zu sein. Zum anderen maß sich der Wissenschaftliche Beirat eine Funktion an, die ihm vom Gesetz nicht zukommt. Er hat nicht der Richter über »die Wissenschaftlichkeit« zu sein und eigene Kriterien zu setzen, sondern nur festzustellen, ob ein Psychotherapieverfahren in der scientific community als wissenschaftlich anerkannt gilt oder nicht.

Des weiteren ist es mit wissenschaftlichen Kriterien nicht vereinbar, daß ein sich »wissenschaftlich« nennender Beirat aus finanziellen Konkurrenzgründen seine Wissenschaftskriterien solange trimmt, bis die lästige Konkurrenz keine Chance mehr hat. Denn da der Beirat nicht nach Wissenschafts-, sondern nach Berufsverbandsinteressen zusammengesetzt worden ist, liegt es auf der Hand, daß die verbreiteten Ängste vor einer angeblichen »Psychotherapeutenschwemme« inklusive Punktwerteverfall tonangebend für die »wissenschaftlichen« Entscheidungen gewesen sind.

Schließlich darf die wissenschaftliche Entwicklung und Neuentstehung von Psychotherapieverfahren nicht systematisch durch eine gesetzliche Wissenschaftsklausel behindert werden. Zwar sollten nur wissenschaftlich abgesicherte Verfahren bei den Kassen zugelassen werden. Die Klärung sollte jedoch - parallel zu den Ärztekammern - einer Bundespsychotherapeutenkammer obliegen und nicht einer Landesbehörde plus interessegeleitetem Wissenschaftlichen Beirat.

DIE BEHAUPTUNG VON DER »ZWEITRANGIGKEIT DER KINDER- UND JUGENDLICHEN- PSYCHOTHERAPEUTEN«

Durch das PsychThG hat der Gesetzgeber zwei neue Heilberufe mit Erstzugangsrecht für Patienten geschaffen: den Psychologi-

schen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bei der Regelung, welche Grundberufe erforderlich sind, um zu einer staatlich anerkannten Psychotherapieausbildung zugelassen zu werden, hat sich der Gesetzgeber auf die Psychotherapierichtlinien gestützt: Für die Erwachsenenpsychotherapie wird weiterhin das Universitätsdiplom in Psychologie, für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Hochschulabschluß in Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik vorausgesetzt. Der Terminus Hochschule meint immer: Universität und Fachhochschule. Dieser feine Unterschied bedeutet: Während Diplom-Psychologen als approbierte Psychologische Psychotherapeuten berufsrechtlich gesehen Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen durchführen können, sind Diplompädagogen und Diplom-Sozialpädagogen als approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausschließlich auf Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre beschränkt.

Hinter dieser Wertigkeit steht die Überzeugung, daß nur Diplom-Psychologen befähigt sind, Psychotherapie bei Erwachsenen durchzuführen und daß Psychologische Psychotherapeuten per se auch Kinder und Jugendliche behandeln können. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die staatlich anerkannte Psychotherapieausbildung unterstreicht dies explizit, da in den detailliert festgelegten Ausbildungsinhalten für Psychologische Psychotherapeuten so gut wie nichts über Kinder und Jugendliche zu finden ist. Wie ist diese offensichtliche Abwertung der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erklären?

Begründet wird dies damit, daß Diplom-Psychologen das Fach Klinische Psychologie studiert hätten, während dies z.B. in Rahmen eines Fachhochschulstudiums bei Diplom-Sozialpädagogen nicht der Fall sei. Diese Auffassung vom »ungleichen Wis-

sen« zeigt sich z.B. in einem einschlägigen Kommentar zum PsychThG: »Dieses Prinzip (der gemeinsamen Wissensgrundlage für die Psychotherapieausbildung - GZ) wird durch die Einbeziehung von Pädagogen und Sozialpädagogen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwar durchbrochen; es entspricht allerdings den dort bisher gemachten Erfahrungen und berücksichtigt die in diesen Studiengängen besonders vermittelten Kenntnisse im Umgang mit Kindern und Jugendlichen« (Behnsen, Bernhardt 1999, S. 60). Dies soll wohl heißen, daß bei den Sozialpädagogen das mangelnde klinische Wissen durch besondere Kenntnisse über Kinder und Jugendliche wettgemacht wird. Ähnlich hatte sich bereits der Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestages bei der Gesetzesberatung eingelassen: »Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soll auch der erfolgreiche Abschluß des Studiengangs der Pädagogik oder Sozialpädagogik den Zugang zur Ausbildung ermöglichen, weil die Ausbildung in diesen Studiengängen in besonderem Maße zum Umgang mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen befähigt« (BT Drs. 13/9212).

Wie man es auch dreht und wendet: Keineswegs wird nachvollziehbar begründet, wieso ein Diplom-Psychologe mit Studienschwerpunkt Klinische Psychologie auch Kinder und Jugendliche behandeln darf, ohne für diese Altersgruppe entsprechende Kenntnisse vorweisen zu müssen und wieso ein Diplom-Sozialpädagoge, der sich im Studium nicht nur mit Kindern und Jugendlichen, sondern auch mit Erwachsenen beschäftigt hat, keine Zulassung zur Ausbildung in Erwachsenenpsychotherapie erhalten darf.

Klarer wird die Sachlage erst dadurch, daß die Psychologen sich gegenüber anderen Berufsgruppen leider ähnlich berufsständisch aufführen wie die Ärzte dies ihnen gegenüber tun. Denn traditionellerweise

haben sich die Diplom-Psychologen in Deutschland kaum für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen interessiert. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung wurde z. B. von analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet, die zum größten Teil Fachhochschulstudiengänge der Sozialarbeit/Sozialpädagogik absolviert hatten und sich Psychagogen nannten.

Für die meisten anderen Psychotherapieverfahren gab es kaum (oder in sehr unterschiedlicher Weise) eigenständige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, folglich auch keine curriculare Ausbildung darin. Remschmidt stellte z. B. in einer Untersuchung in Hessen (Zeitraum 1983-1990) zwar fest, daß die Gesprächspsychotherapie mit Abstand (über 80%) das am meisten angewandte ambulante und stationäre Behandlungsverfahren für Kinder und Jugendliche ist (Remschmidt 1997, S. 47 ff.). Dennoch wurden für die Gesprächspsychotherapie erst seit 1986 Ausbildungsgänge etabliert. Die Verhaltenstherapie beginnt erst jetzt, unter dem Druck des PsychThG, Ausbildungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzurichten.

Es erklärt sich also aus dem historischen Verlauf und nicht einfach aus der Fachlichkeit, daß Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland eine Domäne der Sozialpädagogen ist, weil die Diplom-Psychologen wenig Interesse an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen haben. Dennoch haben die Psychologen stets einiges unternommen, sich eine Option für dieses Tätigkeitsfeld zu sichern: z. B. leistungsrechtlich in den Psychotherapie-Richtlinien dadurch, daß sie im Rahmen der KV mit einem 200 Stunden-Zusatz auch die Fachkunde und Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erwerben konnten und jetzt berufsrechtlich, indem sie als Psychologische Psychothera-

peuten »einfach so« auch Kinder- und Jugendliche behandeln können. Die Ansprüche von Sozialpädagogen, auch Erwachsene behandeln zu können, da sie ja eh viel mit Eltern oder anderen Bezugspersonen therapeutisch zu tun haben, leuchten den Diplom-Psychologen (und den Ärzten) auf keinen Fall ein.

Die bisher angeschnittenen Fragenkomplexe sind nur ein kleiner Teil der berufspolitischen Auswirkungen des PsychThG. Weitere berufspolitische Auseinandersetzungen ranken sich z. B. um:

- die Errichtung von Psychotherapeutenkammern
- die Etablierung einer staatlich anerkannten Ausbildung (unangemessene Forderungen und Prüfungsaufgaben)
- die Legaldefinition der Psychotherapie im PsychThG (beinhaltet bisher keine Prävention/Rehabilitation)
- die Unterschiede Ost/West bei der psychotherapeutischen Versorgung und Honorierung
- ungerechtfertigte Einschränkungen des Tätigkeitsfeldes (kein Ausstellen von Überweisungen, Krankschreibungen etc.)
- die Fragen der Qualitätssicherung (insbesondere Kritik des Gutachterverfahrens)
- die Mitwirkung ausländischer (mutter-sprachlicher) Psychotherapeuten in der Versorgung
- die Stellung der Psychotherapeuten in den KV-Gremien und die Quotierungen bei den Zulassungen
- die Unterschiede zwischen angestellten/beamteten und niedergelassenen Psychotherapeuten
- die Situation der angestellten Psychotherapeuten in den Kliniken (Leistungs-, Dienst-, Weisungsbefugnisse etc.)
- die weiterhin vorhandene Privilegierung von Ärzten durch die EBM-Reform
- die weitere Bedeutung des Heilpraktikergesetzes (HPG) und nicht zuletzt
- die Neustrukturierung der Verbändelandschaft in Deutschland und Europa.

Jeder dieser Punkte verdiente eine ausführliche Darlegung und Diskussion. Das kann leider in diesem Beitrag aus Platzgründen nicht geleistet werden. Die meisten dieser Punkte gehören auf die Tagesordnung der anstehenden Novellierung des PsychThG (s. dazu auch das Gesundheitspolitische Programm der »Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände 2000). Mir ging es darum, einen Einblick in die wahrlich existenzbedrohende Situation für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu eröffnen und deutlich zu machen,

daß die damalige Euphorie, die mit dem PsychThG verbunden war, inzwischen gründlich verfliegen ist. Noch ist der Kampf um die berufliche Etablierung und ökonomische Absicherung der Psychologischen wie der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten nicht wirklich gewonnen.

Literatur

ALLIANZ (2000): Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände. Gesundheitspolitisches Programm vom 17. Juli 2000, Kassel (hyperlink <http://www.dptv.de>)